



Bassam Aouil  
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy  
[Bassam@ukw.edu.pl](mailto:Bassam@ukw.edu.pl)

## KINEZYTERAPEUTYCZNE METODY W REHABILITACJI SEKSUALNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.<sup>1</sup>

### Wprowadzenie.

Zdrowie seksualne według WHO to integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Jeśli którykolwiek z tych elementów nie funkcjonuje prawidłowo, cierpią na tym także pozostałe. Brak zdrowia seksualnego może prowadzić do różnorodnych zaburzeń, kompleksów i obniżonej samooceny. Mogą wówczas występować: zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.), poczucie niskiej wartości, konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, drażliwość w kontaktach międzyludzkich.

Seksualność ludzka jest fenomenem ogromnie zróżnicowanym. Ujawnia się w wielu poziomach funkcjonowania: fizyczno - chemicznym, biologicznym, psychologicznym, społecznym i duchowym. Podlega rozwojowi, z wiekiem zmienia formy i funkcje. W dużym stopniu jest zależna od potrzeb własnych i relacji z partnerem lub partnerką. Ta fenomenalność ujawnia się w swej całej okazałości szczególnie przy rozpatrywaniu problematyki seksualności osób niepełnosprawnych, ze względu na różnorodne czynniki utrudniające funkcjonowania seksualnego tychże osób.

Wyrażanie seksualności wymaga poznawczych i emocjonalnych umiejętności, w tym samoświadomości, własnej wiedzy, zapewniającej komfort i intymność, zmysłowość, i satysfakcjonujące relacje. Zdolność do doświadczania optymalnego komfortu i satysfakcji seksualnej wymaga także podstawowych umiejętności fizycznych.

Niepełnosprawność rozpatruje się zwykle przy uwzględnieniu dwóch odmiennych rodzajów podejść teoretycznych: model medyczny i model społeczny.

---

<sup>1</sup> Tematyka przedstawiona w tym artykule jest ograniczona do rehabilitacji dorosłych osób z niepełnosprawnościami fizycznymi i ruchowymi.

**W modelu medycznym** w niepełnosprawności podkreślana jest rola fizycznego uszkodzenia organizmu w wyniku chorób lub wypadków i akcentuje się, iż uszkodzenie jest przyczyną trudności w funkcjonowaniu.

**W modelu społecznym** natomiast akcentowane są przede wszystkim trudności w wypełnianiu podstawowych ról społecznych, charakterystycznych dla osób w określonym wieku. Według tego modelu niepełnosprawność jest traktowana jako upośledzenie, które wynika z utraty cenionych zdolności i umiejętności, utrudniając człowiekowi aktywne uczestnictwo w życiu społecznym w stopniu, który byłby dla niego dostępny, gdyby nie posiadał ograniczeń sprawności.

Osoby niepełnosprawne z pewnością potrzebują kompleksowej rehabilitacji, w tym wsparcia, doradztwa i szkolenia, ale to, czego potrzebujemy przede wszystkim - jest równość w społeczeństwie. To oznacza nie tylko lepszy fizyczny dostęp do różnego rodzaju obiektów, ale przede wszystkim zmiany w postawach społecznych, w tym postawach polityków, nauczycieli i lekarzy tak, aby w ujęciu potrzeb rehabilitacyjnych została uwzględniona również rehabilitacja seksualna.

Rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych jest jednym z nowoczesnych kierunków współczesnej rehabilitacji, która się rozwija zarówno na gruncie medycyny, jak i seksuologii. Rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych ma przede wszystkim na celu poprawę jakości aktywności seksualnej, która stanowi elementem składowym poprawy jakości życia psychicznego, społecznego i zawodowego człowieka z niepełnosprawnością, poprzez możliwie eliminowanie lub minimalizowanie zaburzeń seksualnych wynikających pośrednio lub bezpośrednio z dysfunkcji organizmu a także z sytuacji psychicznej i społecznej. Istotną rolę w rehabilitacji seksualnej odgrywa świadomość seksualna, w tym mechanizmy i funkcje zachowań seksualnych.

Dla realizacji celów rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych wymaga się nie tylko znajomości czynników chorobowych, oraz utrudniających funkcjonowania w sferze seksualnej, ale również znajomość biopsychospołecznych mechanizmów zachowań seksualnych i w związku z tym czynników leczniczo - terapeutycznych.

**Czy zachowania seksualne są sprawne, czy też niepełnosprawne? Czy niepełnosprawność, która może mieć różne przejawy i objawy a także może wynikać z różnych przyczyn stanowi barierę dla osób niepełnosprawnych w**

## życiu seksualnym? Jaka jest efektywność stosowania różnych metod medycznych, w tym kinezytycznych, a także psychologiczno-społecznych, w rehabilitacji seksualnej?

O seksualności osób niepełnosprawnych raczej nie można mówić w kategoriach pełnosprawności i niepełnosprawności, są tylko bariery, trudności i zaburzenia wynikające z dysfunkcji organizmu w konsekwencji niepełnosprawności, lub też z bycia osobą niepełnosprawną w społeczeństwie. W związku z tym rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych ma za zadanie tworzenie skutecznych mechanizmów i programów wspierających realizację potrzeby seksualnej u osób niepełnosprawnych, z wykorzystywaniem różnorodnych metod dla osiągnięcia tego celu, przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji każdego niepełnosprawnego i jego potrzeb.

### Istota problemu.

Główny problem w seksualności osób niepełnosprawnych ma charakter społeczny i dotyczy podejścia do celu i zadań rehabilitacji oraz wartościowania tego, co jest ważne, a co nie jest ważne lub jest mniej ważne w procesie opieki i rehabilitacji. W wyniku tego często cała tematyka związana z seksualnością osób niepełnosprawnych od edukacji do rehabilitacji jest spychana na dalszy plan i pozostawiana w cieniu medycznych lub społeczno-zawodowych celów rehabilitacji. Jest to jednak, jak można zauważyć, w dużym stopniu świadome i wygodne podejście w świetle mentalności społecznej i religijnej i jak powiedział jeden z przedstawicieli organizacji osób niepełnosprawnych „Prawdopodobnie dlatego, że sam temat seksualności - także osób pełnosprawnych - jest tematem tabu, tematem brzydkim i mówienie o tym jest rzeczą trudną”<sup>2</sup> Ta niekorzystna sytuacja spowodowała, że wielu pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej jest źle przygotowanych do rozwiązywania problemów zdrowia seksualnego ze swoimi klientami. dla których jednak jest to bardzo ważna sprawa w życiu dorosłym.

### Klasyczne metody w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych.

Specyfiką rehabilitacji seksualnej jest wieloprzyczynowość i wielopostaciowość zaburzeń seksualnych u osób niepełnosprawnych fizycznie i ruchowo Na przy-

---

<sup>2</sup> Reportażu "Seks niepełno(s)prawnych" słuchaj dzisiaj w programie Ewy Wanat "Kochaj się długo i zdrowo" [http://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103454,8511539, Najpierw rehabilitacja seksualnosc to sprawa drugorzędna\\_.html](http://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103454,8511539, Najpierw rehabilitacja seksualnosc to sprawa drugorzędna_.html) [30.X.2010]

kład u pacjentów po urazie kręgosłupa przyczyną zaburzeń seksualnych mogą być czynniki neurogenne, hormonalne, naczyniowe, psychogenne, a zaburzenia mogą obejmować impotencję, zahamowanie wytrysku, dyspareunię, zaburzenia czucia, libido.

W efekcie zmian w postawach wobec osób niepełnosprawnych i ich potrzeb w latach 70-tych oraz w wyniku badań i postępu w takich dziedzinach jak medycyna, farmakologia, seksuologia i psychologia na świecie - są stosowane specjalne metody leczenia i rehabilitacji obejmujące farmakoterapię, leczenie chirurgiczne, metody treningowe oraz psychoterapię<sup>3</sup>. Jeżeli chodzi o medycynę i farmakologię, to są stosowane metody chirurgiczne (np. iniekcji do ciał jamistych członka, protez członka) oraz stosowane preparaty typu VIAGRA (SILDENAFIL), LEVITRA (WARDENAFIL) i CIALIS (TADALAFIL) oraz różne rodzaje afrodyzjaków, jako środków pobudzających seksualnie.

Wśród metod treningowych stosowanych w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych można wymienić następujące, w zależności od wskazań medycznych oraz predyspozycji pacjentów i ich sytuacji rodzinnej, a także specyfiki dysfunkcji:

1. Szkoła Masters – Johnson.
2. Szkoła Helen – Kaplan.
3. Trening świadomości seksualnej.
4. Treningi relaksacyjne.
5. Desensybilizacja.
6. Treningi masturbacyjne.
7. Metoda ułożenia ginekologicznego (MUG).
8. Ćwiczenia mięśnia Kegla.
9. Metoda stosunku udowego.
10. Metoda przedłużenia linii pochwy.
11. Trening seksualny pary wg Kratochvila.
12. Trening Guillerma.
13. Metoda treningowa po zawale mięśnia sercowego.

Na gruncie seksuologii klinicznej i społecznej a także psychoseksuologii są stosowane metody edukacyjne i psychoterapeutyczne, do których należy:

- Metoda Umiejętności poznania i rozpoznania stref erogennych (tzw. mapy ciała) i optymalne ich pobudzenie. Ta metoda jest szczególnie stosowana w sytuacji,

---

<sup>3</sup> L. Starowicz, *Życie intymne osób niepełnosprawnych*, Severus, Warszawa, 1999.

gdy osoba nie odczuwa subiektywnego uczucia popędu seksualnego i zadowolenia, jakiego doświadczała przed urazem. Jednak pomimo dysfunkcji fizycznych psychoseksualne zaspokajanie potrzeby seksualnej pozostaje na ogół u nich na niezmiennym poziomie, ale potrzebne jest na nowo tę potrzebę rozpoznawać i stymulować. Często ta metoda jest stosowana w połączeniu z innymi metodami treningowymi.

- **Poradnictwo i psychoterapia w nurcie behawioralno-poznawczym**, ma na celu przede wszystkim:

- ✓ Rekonstruować strukturę osobowości i potrzeb powstających w wyniku niepełnosprawności;
- ✓ Zmodyfikować istniejące lub wytworzyć nowe przekonania, poczucie własnej wartości (w tym również partnera/ki) dotyczących seksualności;
- ✓ Zmodyfikować istniejące lub wytworzyć nowe zachowanie, w tym nowych nawyków i obyczajów zachowań seksualnych.
- ✓ Wsparcie psycho-emocjonalne i społeczne w świetle nowych trudności i zadań życiowych oraz nowych źródeł stresu i frustracji.

Oprócz wyżej wspomnianych metod na gruncie medycyny, seksuologii i psychologii są stosowane tzw. metody mechano-terapeutyczne typu pierścienie uciskowe, aparat próżniowy i podobne. Efektywność poszczególnych metod zależy od charakteru dysfunkcji oraz indywidualnych cech podmiotowych i społecznych osób niepełnosprawnych, stąd nierzadko proponowane są pakiety terapeutyczne obejmujące różne rodzaje metod dla uzyskania lepszego i możliwie szybkiego efektu.

### **Kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych.**

Coraz częściej są stosowane na świecie jednak kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji seksualnej typu masaży, akupresury, hydroterapii. Metody te przede wszystkim mają na celu usprawnienie funkcji seksualnej osób niepełnosprawnych.

Seksualne problemy osób niepełnosprawnych fizycznie i ruchowo występują na ogół w czterech głównych postaciach: zanik popędu płciowego, brak pobudzenia i działania, ból i uczucie dyskomfortu podczas stosunku oraz często - brak orgazmu. Ta charakterystyka wymaga holistycznego podejścia do rehabilitacji seksuologicznej, w celu wytworzenia i zmodyfikowania negatywnych i wadliwych przekonań odnośnie

siebie i własnej atrakcyjności, sprawności i możliwości seksualnych, represji miłości i braku sensu życia. Problemy te są kluczowe dla zdrowia psychicznego i seksualnego człowieka. Ważne w związku z tym, aby nie skupiać się jedynie na fizjologicznej stronie seksualności człowieka niepełnosprawnego. Jest równie ważne, aby nie zaniedbywać ciała, jego części, uczuć i emocji z nim związanych. Wstyd, poczucie winy, bezradność, strach, obrzydzenie, gniew, nienawiść i inne silne uczucia są prawie zawsze ważną częścią seksualnego problemu i uczucia te często są "prowadzone" przez tkanki miednicy i narządów płciowych.

Pacjentom z problemami seksualnymi w wyniku urazów, można pomóc ogólnie zarówno w procesie rehabilitacji psychologiczno-egzystencjalnej i to poprzez rozmontowanie bolesnych doświadczeń i negatywnych emocji, w celu odzyskania pewności siebie i poczucia własnej wartości odbudowania zaufania do siebie. Dla uzyskania pełnej harmonii psychofizjologicznej być może będzie to jednak za mało dla niektórych pacjentów, bo jest to bardzo pośredni proces a ich zdolność do uzyskania harmonii jest utrudniona, albo z powodu silnego stresu, albo z racji urazu itp. W tym przypadku zalecane jest i potrzebne dodatkowe działanie o charakterze bezpośrednim w pracy z pacjentem, które często ułatwia prosta technika: **przyjęcie kontaktu za pomocą dotyku**.

Jest to bardzo prosta technika, gdzie samoakceptacja pacjenta powinna być promowana, na przykład, prosząc chorą o położenie ręki na brzuchu (macicy) lub sromie, po czym terapeuta kładzie rękę wspomagająco w obrębie jej ręki. Kiedy ćwiczenie to jest wykonane z należytą starannością i po uzyskaniu koniecznego zaufania pacjenta, to często uwalnia ono od uprzednich negatywnych emocji wstydu związanego z dotykaniem obszarów. Następnie problemy emocjonalne stają się przedmiotem rozmowy terapeutycznej i dalszego przetwarzania holistycznego<sup>4</sup>.

Kompleksowa rehabilitacyjna terapia seksualna odnosi się do rehabilitacji adresowanej do pomocy ludziom niepełnosprawnym, w celu odzyskania sprawności biopsychospołecznej, aby przywrócić zdolność do optymalnego funkcjonowania w świetle ich indywidualnych i społecznych. Kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji odnoszą się do różnych form fizycznych oraz zajęciowych technik terapeutycznych i koncentrowane są zarówno na fizjologicznych, jak również na psychologicznych

---

<sup>4</sup> *Holistic Sexology and Treatment of Vulvodynia Through Existential Therapy and Acceptance Through Touch.* [Ventegodt, Soren](#) ; [Morad, Mohammed](#) ; [Hyam, Eytan](#) ; [Merrick, Joav](#). *The Scientific World JOURNAL*, 2004 Volume: 4, ss. 571-580. [www.thescientificworld.com](http://www.thescientificworld.com). [30/X.2010]

---



aspektach funkcjonowania po urazach, np. na wzmacnianiu mięśni i pomocy w łagodzeniu bólu, a także na przywróceniu zaufania do ciała i jego funkcji, w tym czerpania przyjemności z ciała. Wykwalifikowani kinezyterapeuci wykorzystują techniki fizjoterapii i terapii dotykowej dla osiągnięcia tego celu: delikatnie ćwiczą ciało pacjenta, aby budować lub odbudować ich siłę, gdy pacjent jest zbyt słaby - tak, aby on mógł to czynić sam. Komunikują się z pacjentem i w ramach sugestii wyzwalają ich energię. Są oni w stanie dopasować różnego rodzaju sprzęt i urządzenia do pacjentów, aby ułatwić im życie i by byli w stanie funkcjonować w miarę samodzielnie.

Natomiast **dotykowy aspekt terapeutyczny** ma swoją historię i uważa się, że był praktykowany od ponad 5000 lat w ramach tradycyjnej medycyny chińskiej. Był i jest nadal również wykorzystywany w praktyce religijnej. Jest on w tym kształcie traktowany jako element leczenia, który ma pomóc w złagodzeniu bólu i niepokoju pacjentów, a także w leczeniu różnych schorzeń lub chorób. Leczenie w tym przypadku bazuje na interakcji pacjenta z własnym ciałem oraz pacjenta z terapeutą, a to jest bardzo przydatne w procesie rehabilitacji seksualnej, gdzie w efekcie urazu fizycznego lub biologicznego pacjenci przeżywają dodatkowe problemy natury psychicznej i społecznej i potrzebują tego typu interakcji, podczas której pacjent uwalnia swoją energię i uruchamia własne mechanizmy leczenia (samoregulacji), na bazie przekonania o sprawności oraz zdolności odczuwania i przeżywania pozytywnych emocji.

Dotyk wykorzystany w kinezyterapeutycznych metodach rehabilitacji seksualnej często jest skojarzony z masażem terapeutycznym. Jest to pozorne porównanie, dlatego, że w nim jest coś więcej, niż w masażu, który jest przeznaczony do usprawniania funkcjonowania organizmu lub odprężenia się. W przeciwieństwie do masażu, w dotyku kinezyterapeutycznym jest pełne uczestnictwo i zaangażowanie pacjenta w terapii z jednej strony, a z drugiej – terapeuta nie tylko monitoruje przepływ energii i pracy mięśni, ale również mówi i sugeruje. Praktyka kliniczna wskazuje na efektywność tych metod w wielu problemach zarówno psychosomatycznych, jak i somatopsychicznych a nawet w pracy rehabilitacyjnej z dziećmi z autyzmem<sup>5</sup>.

Kinezyterapeutyczne metody, w tym terapia dotykowa są bardziej efektywne w przypadku gdy są połączone z psychoterapią, szczególnie w nurcie behawioralno-poznawczym. Tworzą wówczas holistyczny pakiet usprawniania i uzdrawiania o cha-

---

<sup>5</sup> por. [http://www.methodsofhealing.com/Types\\_of\\_Healing/touch-for-health/](http://www.methodsofhealing.com/Types_of_Healing/touch-for-health/) [ 30.X.2010]

rakterze całościowym – biopsychospołecznym dla lekarzy i pacjentów w kontekście teorii oraz praktyki holistycznego uzdrawiania. **Intymność wydaje się w tych zabiegach bardzo korzystna, ale jest ważne, aby wyraźnie odróżnić intymność pacjenta od profesjonalnych działań lekarza/terapeuty i jego patentu na posługiwanie się dotykiem, bez strachu i bez zahamowań emocjonalnych.**

### **Kontrowersje wokół niektórych kinezyterapeutycznych metod w rehabilitacji seksualnej.**

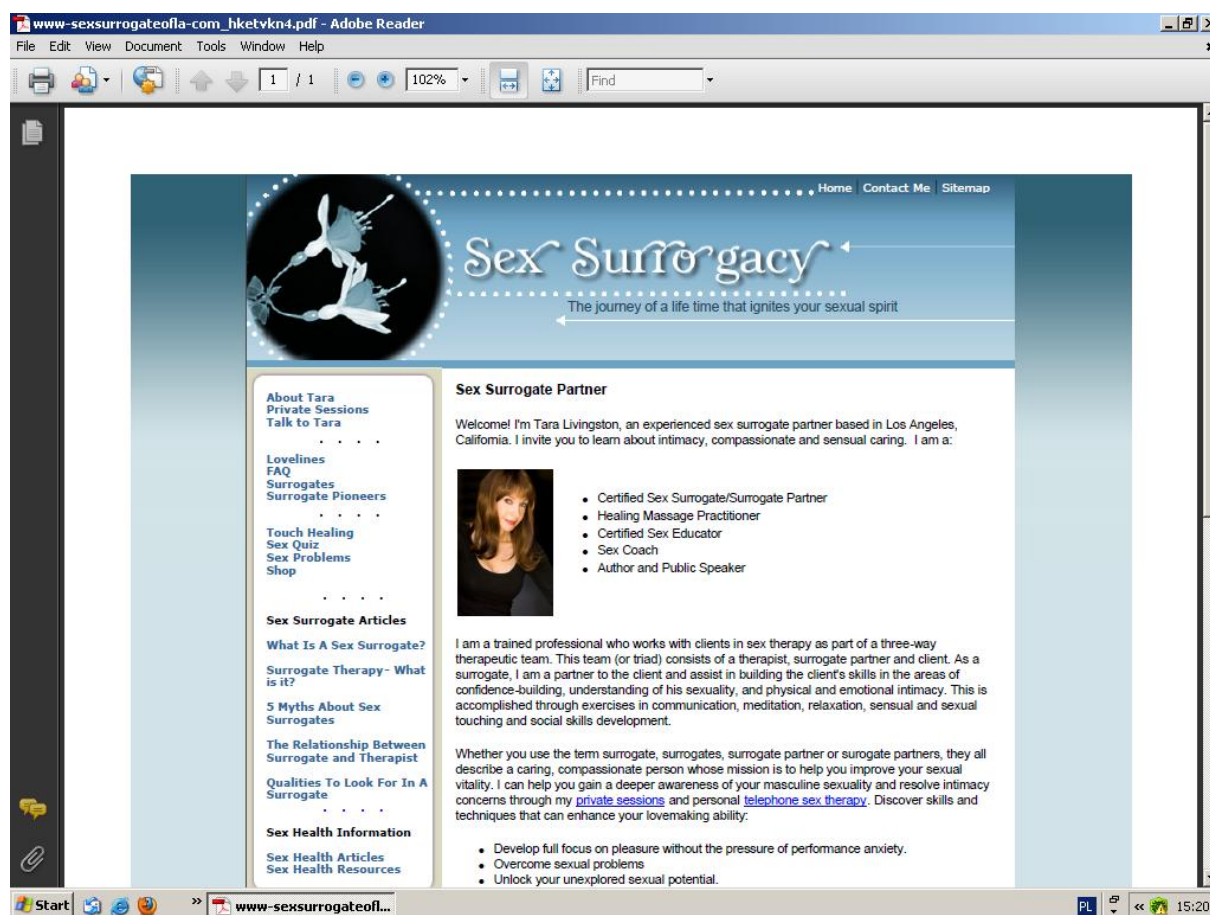
Stosowanie dotykowych metod terapeutycznych w procesie rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych lub też z zaburzeniami seksualnymi - wywołuje kontrowersje z perspektywy postrzegania intymności i etyki. Dlatego w przypadkach, gdy psychoterapeuta ma zamiar zastosować dotyk - wskazany/zalecany jest pisemny kontrakt terapeutyczny z pacjentem, w celu uniknięcia wszelkich nieporozumień. Bardzo ważne jest również, aby terapeuta był także całościowo przygotowany do pracy w sferze psychoseksualnej i mógł w pełni wspierać swoich pacjentów.

Największą kontrowersję wokół dotyku w terapii seksualnej osób niepełnosprawnych budzi metoda „**Surrogate Therapy**”, która opiera się na koncepcji znanych i skutecznych metod treningowych Masters i Johnson. W tej terapii klient/pacjent, terapeuta i partner zastępczy tworzą trzyosobowy zespół terapeutyczny. Zastępczy partner ćwiczy z klientem nowe, strukturalne i niestrukturalne doświadczenia, które mają na celu kształtowania świadomości seksualnej klienta/pacjenta i umiejętności w zakresie fizycznej i emocjonalnej bliskości. Te doświadczenia terapeutyczne obejmują warsztat partnerski wspólnego wypoczynku i relaksu, warsztat efektywnej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, zmysłowe a także seksualne dotyki oraz trening umiejętności społecznych. Każdy program ma na celu zwiększenie wiedzy klienta/pacjenta i jego umiejętności oraz komfortu i samooceny seksualnej.

Z czasem klienci/pacjenci są coraz bardziej zrelaksowani, bardziej otwarci na uczucia oraz bliskość fizyczną i emocjonalną w sferze ich intymnych przeżyć. Terapeuta wspiera klienta/pacjenta w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi. Sesje z terapeutą są związane z zastępczymi sesjami partnerskimi, w celu ułatwienia zrozumienia i zmiany w reakcjach seksualnych. Otwarta, uczciwa, spójna komunikacja



pomiędzy wszystkimi członkami zespołu jest podstawowym składnikiem sukcesu terapii z zastępczym partnerem.



Metoda ta jest szczególnie zalecana w urazach rdzenia kręgowego i urazach podobnych, w konsekwencji których występuje słaba zdolność do wywołania i utrzymania erekcji, przeżywania orgazmu, co ma duży wpływ na seksualną samoocenę osoby niepełnosprawnej. Stąd nie rzadko są przez niech zadawane takie pytania typu: "Czy nadal będę w stanie uprawiać seks?"; "Kto chciałby się ze mną kochać?" i "Czy będę w stanie zaspokoić mojego partnera?"

Co rozumiemy przez seksualne poczucie własnej wartości? W aspekcie klinicznym, seksualna samoocena odnosi się do "pozytywnego związku i zaufania do jednostki oraz zdolności doświadczania swojej seksualności w przyjemny sposób oraz zaspokojenia." Seksualna samoocena odnosi się zatem do tego, jak widzimy siebie jako mediatora własnej satysfakcji seksualnej, ale w tym samym czasie musi to oznaczać zdolność do zaakceptowania własnego ciała jako atrakcyjnego, w całości. Oczywiście wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie seksualne może mieć znaczący wpływ na poczucie własnej wartości.

Ważne jest dla celu kompleksowej rehabilitacji, aby uznać, że seksualna samoocena jest kluczowym aspektem życia pacjenta podczas rehabilitacji, zarówno fizycznej jak i emocjonalnej. Gdy czujemy się dobrze i pozostajemy w równowadze psychicznej - jesteśmy w stanie lepiej radzić sobie z konsekwencjami niepełnosprawności w życiu osobistym, rodzinnym i zawodowym.

### Czym jest partnerstwo zastępcze i czym nie jest?



IPSA (International Professional Surrogates Association) w Kalifornii<sup>6</sup> podaje, że jest to profesjonalna usługa, która ma celu pomóc osobom z zaburzeniami seksualnymi, a w szczególności osobom niepełnosprawnym w kształtowaniu, budowaniu/odbudowaniu poczucia własnej wartości i samooceny seksualnej. IPSA współpracuje z terapeutami i definiuje swoje działania, jako partnera w zespole terapeutycznym. Treść usług jest również zdefiniowana jako proces terapeutyczny, który ma za zadanie przygotować pacjenta do rozpoczęcia dialogu z własnym ciałem i z własnymi emocjami, starając się w znaczący sposób wykraczać poza proste formy gratyfikacji seksualnej. Sens tego typu terapii opiera się na koncepcjach uczenia się po-

<sup>6</sup> <http://www.surrogatetherapy.org/> [ 30.X.2010]

przez doświadczenie. W związku z tym wybór odpowiedniego partnera zastępczego dla każdego klienta pod względem płci, wieku, wyglądu i doświadczenia a także niekiedy inne kryteria - ma duże znaczenia i indywidualny charakter.

Odnosnie kandydatów i pracowników, nie jest wymagany konkretny stopień naukowy, ale wymaga się od zastępczego partnera posiadania pewnych cech osobowościowych i doświadczenia życiowego, które wydają się stanowić cenny fundament zawodowej i profesjonalnej umiejętności. Są to: akceptacja własnego ciała i swojej seksualności, ciepło, empatia i inteligencja. Istotny również w cechach kandydata/pracownika jest brak uprzedzeń odnośnie stylu życia, działań seksualnych i orientacji seksualnej - są również cechy bardzo ważne. Kandydaci zaliczają kurs przygotowania w czterech etapach z zakresu seksualności, komunikacji i pracy klinicznej a później pracują pod opieką superwizora.

*Surrogate Partner Terapia* jest dostępna dla kobiet i mężczyzn, klientów wszystkich orientacji seksualnych, z partnerami zastępczymi obu płci. U niektórych klientów ich doświadczenia lub negatywny obraz własnego ciała, lub historia urazu, może decydować o pracy z zastępczym partnerem, który uczestniczy w terapii, jako wzór do naśladowania, ale nie jest bliskim partnerem. Jeżeli chodzi o czas trwania terapii to klient zazwyczaj spotyka się z partnerem zastępczym i terapeutą raz w tygodniu, w 1 do 2 godzin sesji do momentu, jak cały zespół postanawia, że leczenie zostało zakończone. Średni kurs obejmuje, co najmniej 30 godzin z zastępczym partnerem.

Fizyczne interakcje z pacjentem, rozpoczyna się zwykle od seksualnego dotyku terapeutycznego, w którym partner zastępczy, delikatnie masuje ciało pacjenta z użyciem oleju do masażu. W ramach spotkania terapeutycznego, są określone w sposób wyraźny praktyki seksualne, które mają znaczącą i pożyteczną rolę do odegrania w sesji. Zwykle po piętnastu minutach po zakończeniu sesji rozpoczyna się praca partnera, który pomaga klientowi w koncentracji i dążeniu do osiągnięcia wielokrotnego orgazmu lub opóźnienia orgazmu tak, aby osiągnąć wyższy poziom satysfakcji. Stymulacja odbywa się za pomocą ręki partnera. Nie dopuszcza się do stosunku seksualnego, koncentrując się na grze erotycznej, w kontekście pragnienia orgazmu. Jest to dobrym sposobem osiągnięcia orgazmu i satysfakcji seksualnej oraz poczucia własnej wartości. Często nie dopuszcza się również do kontaktu z narządem płciowym partnera zastępczego.

Inną bardzo skuteczną techniką jest po prostu rozmowa z klientem o tym, co się dzieje podczas osiągania orgazmu. Technika ta pomoże pacjentom na werbalizowanie swoich pragnień. Zasadniczą sprawą podczas całej sesji jest utrzymanie interakcji i dotyku z klientem. W obu wariantach podniecenie i orgazm powstające wskutek tych technik seksualnych stają się bardzo cenne w kluczowych momentach sesji. Celem tej terapii nie jest jednak wyłącznie osiągnięcie orgazmu u pacjenta, lub też zapewnienie stymulacji genitaliów. Istotną korzyścią wynoszoną z tego typu terapii jest zwiększenie poczucia własnej wartości seksualnej osoby niepełnosprawnej, poprzez doświadczenie fizycznej przyjemności oraz akceptację własnego ciała.

W ekspertyzie na temat partnera zastępczego w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych Lawrence Shapiro ze Studium niepełnosprawności Ryerson University Toronto, Ontario<sup>7</sup> opierając się na korzyści z zastępczego partnerstwa seksualnego w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych w Kanadzie zalecają, aby stworzyć taki program i aby był on finansowany bezpośrednio. W celu unikania fałszywych wyobrażeń odnośnie tego typu działań przez pracowników służby zdrowia i struktur władzy, autorka proponuje świadczenie takich usług przez osoby tej samej płci.

### **Na zakończenie.**

Tematyka seksualności osób niepełnosprawnych ogólnie jest nadal tematem tabu, szczególnie jeżeli chodzi o formy i techniki związane z rehabilitacją seksualną dorosłych osób z niepełnosprawnościami fizycznymi i ruchowymi. Niezależnie jednak od emocji, jaki ten temat wzbudza wśród terapeutów i lekarzy, jest on bardzo ważny dla osób niepełnosprawnych.

---

<sup>7</sup> *Incorporating Sexual Surrogacy into The Ontario Direct Funding Program, Disability Studies Quarterly, 2002, tom 22, nr 4, ss. 72-81. [www.dsq-sds.org](http://www.dsq-sds.org) [ 30.X.2010]*

## Literatura.

1. Alan F. Guttmacher (2009) Human Sexual Inadequacy for the Non-Layman, Review of *Human Sexual Inadequacy* by William H. Masters and Virginia E. Johnson in the *New York Times*, July 12, 1970, accessed on March 2009.
2. Aouil, B. (2008) Seksualność osób niepełnosprawnych – aktualne zadania i wyzwania. Przegląd Terapeutyczny, Nr 5. <http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/przeklad/archiwum.htm>
3. Bernie Zilbergeld, (1999) *The New Male Sexuality: The Truth About Men, Sex, and Pleasure*, Revised Edition. Bantum Books, pp. 341, 343-4.
4. Kratochvil S., (1974, 1978) *Psychoterapia*. Warszawa, PWN.
5. <http://www.thescientificworld.com>
6. <http://www.methodsofhealing.com>
7. <http://www.surrogatetherapy.org>
8. Imieliński, K. (1989) *Seksuologia*, Warszawa, PWN.
9. Imieliński, K. (1990) *Seksiatria*, Warszawa, PWN.
10. Raymond J. Noonan, (1984) *Sex Surrogates: A Clarification of Their Functions*. Doctoral Dissertation, New York University.
11. Starowicz, Z. Lew (1991) *Leczenie nerwic seksualnych*. Warszawa, PZWL.
12. Starowicz, Z. Lew (1997) *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Warszawa, PZWL.
13. Starowicz, Z. Lew (1999) *Życie intymne osób niepełnosprawnych*. Warszawa, Severus.